



## **Assessment of quality of life, changes in habitude and sources of information used by in patients who had repetitive acute ischemic syndrome**

*Jūratė Samėnienė, Raimundas Kubilius, Greta Graužinytė, Jolita Voverytė*

*Rehabilitation department of University of Health Sciences*

### **ABSTRACT**

Cardiovascular diseases are the major cause of morbidity and mortality in Lithuania and worldwide increasing disability and decreasing satisfaction of life. The tendency of patients' to get ill younger have been noticed recently. Due to that the absolute amount of people having cardiovascular diseases have increased, their habitude and quality of life have changed. The aim of this study is to assess the quality of life of people after repetitive acute ischemic syndrome, to elucidate the changes in habitude of mentioned patients and to find out the main sources of information used by patients in order to change their health habitude. 50 patients after repetitive acute ischemic syndrome who had been treated in Lithuanian Health Sciences university Kaunas Clinics Ischemic heart disease sectory and Heart failure sectory in 2016-2017 were surveyd. The quality of life index have been assessed using *Ferrans and Powers* quality of life heart version questionnaire. Furthermore, patients were asked what sources of information they had used to change their habitude and what habitude they changed afterwards. Data analysis is made using SPSS Statistics version 21 (Mann -Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Pearson, Spearman's correlations). The average age of patients is 71.2 (+/- 23), the quality of life index is 21.9 (+/-10.3) on average. The quality of life index is inversely proportional to age of the respondents.

**Key words:** acute ischemic syndrom, *Ferrans and Powers* quality of life index

# Pacientų, sergančių pakartotiniu ūminiu išeminiu sindromu gyvenimo kokybės indekso bei sveikos gyvensenos informacijos šaltinių ir pokyčių po pirmojo ūminio išeminio sindromo vertinimas

*Jūratė Samėnienė, Raimondas Kubilius, Greta Graužinytė, Jolita Voverytė*

*Lietuvos Sveikatos Mokslų Universitetas, .reabilitacijos klinika*

## **SANTRAUKA**

Širdies ir kraujagyslių ligos vyrauja Lietuvoje ir pasaulyje sukeldamos didžiausią mirtingumą, negalią ir funkcijų apribojimą. Stebima tendencija, kad pacientai suserga vis jaunesniame amžiuje, todėl sparčiai didėja ir bendras sergančiųjų skaičius, keičiasi jų gyvenimo būdas, o kartu kinta ir gyvenimo kokybė. Mes vertiname pacientų, sergančių pakartotiniu ūminiu išeminiu sindromu gyvenimo būdo pokyčius, atsiradusius dėl ligos bei jų gyvenimo kokybės indeksą.

**Tikslas:** Įvertinti pacientų sergančių pakartotiniu ūminiu išeminiu sindromu gyvenimo kokybės indeksą bei sveikos gyvensenos informacijos šaltinius ir pokyčius gyvenime po pirmojo ūminio išeminio sindromo .

**Reikšminiai žodžiai:** ūminis išeminis sindromas, gyvenimo kokybės indeksas

**Metodika:** Tyrimas atliktas LSMU KK Kardiologijos klinikoje, Išeminės širdies ligos ir Širdies nepakankamumo skyriuose 2016-2017 metais. Buvo apklausta 50 stabilios būklės pacientų (15 moterų ir 35 vyrai), kurie gydėsi dėl pakartotino ūminio išeminio sindromo (ŪIS). Gyvenimo kokybės indeksas vertintas naudojant standartizuotą *Ferrans and Powers* gyvenimo kokybės indekso širdies versijos klausimyną bei skaičiavimo metodiką. Pacientų buvo klausta apie informacijos šaltinius suteikusius daugiausia žinių apie sveiką gyvenseną bei ką jie pakeitė gyvenime po pirmojo ūminio išeminio sindromo. Duomenų analizei naudota SPSS Statistics 21 programa (Mann-Whithney U testas, Kruskal-Wallis, Pearson, Spearman's koreliacija).

## **Rezultatai:**

Tiriamųjų amžiaus vidurkis 71.2 m. (+/-23). Apskaičiuotas gyvenimo kokybės indeksas 21.9 (+/-10.3). Nustatėme, kad gyvenimo kokybės indeksas atvirkščiai proporcingas tiriamųjų amžiui. Vyrų gyvenimo kokybės indeksas aukštesnis nei moterų ( $p=0.008$ ), vedusių aukštesnis nei išsiskyrusių bei našlių ( $p=0.016$ ), o dirbančių aukštesnis lyginant su pensininkais ( $p=0.002$ ). Gyvenimo kokybės indeksas nesiskyrė asmenų, gyvenančių kaime ir mieste. Gyvenimo būdą po pirmo ūminio išeminio sindromo pakeitė 46proc. apklaustųjų, t.y.: koregavo mitybą, atsisakė žalingų įpročių. Daugiausia informacijos apie rizikos veiksnių koregavimą po ŪIS pacientai teigė sužinoję iš žiniasklaidos. 90proc. apklaustųjų dalyvavo reabilitacijos programoje kurioje, pacientų nuomone efektyviausios buvo su fiziniu aktyvumu susijusios veiklos.

### Išvados:

1. Tiriamųjų sergančių pakartotiniu ŪIS, gyvenimo kokybės indeksas 21.9 (+/-10.3) rodantis gana gerą pacientų pasitenkinimą gyvenimu. Kuo vyresnio mažiau buvo tiriamasis, tuo mažesnis jų gyvenimo kokybės indeksas.
2. Vyrų gyvenimo kokybės indeksas aukštesnis nei moterų, vedusių aukštesnis nei išsiskyrusių bei našlių ir dirbančių aukštesnis nei pensininkų.
3. Nustatėme, kad po pirmo ŪIS 46 proc. apklaustųjų, koregavo mitybą, atsisakė žalingų įpročių.
4. Daugiausia informacijos apie sveiką gyvenimą po ŪIS pacientai teigė sužinoję iš žiniasklaidos. Iš taikytos reabilitacijos programos tiriamiesiems, pacientų nuomone, efektyviausios buvo su fiziniu aktyvumu susijusios veiklos.

### Įvadas

Širdies ir kraujagyslių ligos yra pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje ir pasaulyje [1]. Europoje jos sukelia 45 proc. mirčių vertinant pagal mirties priežastis. Daugiausia iš jų sukelia išeminė širdies liga ir insultas. Nepaisant naujų technologijų ir gydymo metodų pakartotinių hospitalizacijų dėl širdies ligų skaičius išlieka didelis [2], širdies ligomis serga vis daugiau ir vis jaunesni pacientai [1]. Vien 2015 metais Europoje buvo registruota kiek daugiau nei 11.3 milijonų naujų širdies ir kraujagyslių ligų atvejų. Tai lemia daugybė rizikos veiksnių: nesveika mityba, mažas fizinis aktyvumas, alkoholio vartojimas, rūkymas, nutukimas, nekoreguojamos ligos kaip arterinė hipertenzija, aterosklerozė ir cukrinis diabetas, stresas [3].

Išeminės širdies ligos sąlygoti besikartojantys ūminiai išeminiai sindromai (ŪIS) trikdo pacientų gyvenimo kokybę: atsiranda pagalbos poreikis buityje, įvairūs apribojimai veiklose, neretai ir negalia, psichologinė frustracija. Siekiant užtikrinti pacientų pasitenkinimą gydymu ir pačiu gyvenimu pagrindinis sveikatos priežiūros specialistų tikslas turėtų būti ne tik fiziniai

kokybiškas paciento gyvenimas sergant lėtine liga bei ligos paūmėjimų atitolinimas. Iki šiol yra formuojama gyvenimo kokybės sąvoka, neprieinama vieningos nuomonės, tačiau tokį apibrėžimą pateikė PSO dar 1993m.: „Gyvenimo kokybė – tai individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. (...) veikiama asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka“ [4]. Nors gyvenimo kokybę sunku įvertinti, sukurta daug standartizuotų anketų ir klausimynų, padedančių šį darbą atlikti [5,6]. Mūsų pasirinktas gyvenimo kokybės indeksas (GKI), kaip integruotas rodiklis gyvenimo kokybei tirti, pasiūlytas *The Economist Intelligence Unit* organizacijos [4], labiausiai atspindi paties žmogaus nuomonę, jo paties subjektyvų vertinimą savo gyvenimui, laimės pojūčiui.

### Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti pacientų, sergančių pakartotiniu ŪIS, gyvenimo kokybės indeksą.
2. Palyginti GKI rezultatus tarp skirtingą socialinį statusą turinčių žmonių grupių.
3. Įvertinti pacientų gyvenimo pokyčius po pirmo ŪIS bei jų įtaką GKI.

4. Nustatyti pagrindinius informacijos šaltinius, suteikiančius pacientams žinių apie sveiką gyvenimą.

### Darbo metodai

Tyrimas atliktas LSMU Kauno klinikose, Kardiologijos klinikoje, Išeminės širdies ligos ir Širdies nepakankamumo skyriuose 2016-2017 metais. Buvo apklausta 50 stabilizuotos būklės pacientų, (15 moterų ir 35 vyrai), besigydančių dėl pakartotino ŪIS, kuriems atliktas vainikinių arterijų stentavimas bei nustatyta II-III širdies nepakankamumo funkcinė klasei pagal Niujorko Širdies asociacijos klasifikaciją. Naudota autorių paruošta anketa, kurioje buvo klausama apie gyvenimo pokyčius po pirmojo ŪIS, reabilitacijos priemonės, kurios buvo jiems taikytos, kokios informacijos šaltiniai suteikė daugiausia žinių apie sveiką gyvenimą. Gyvenimo pokyčiai vertinti pagal pacientų atsakymų balų sumą: užduoti septyni klausimai apie mitybą, žalingus įpročius. Atsakymas, nurodantis, kad žmogus nekeitė savo įpročių nurodytoje srityje, vertintas nulių balų. Analogiškai teigiamo sveikatai įpročio stiprinimas vertintas plius vienu ir plius dviem balais (pvz.: jei apklaustasis teigė, kad po ligos nustojo papildomai dėti druskos į maistą, atsakymas įvertintas plius dviem balais).

Gyvenimo kokybės indeksas vertintas pagal standartizuotą *Ferrans and Powers* gyvenimo kokybės

indekso širdies versijos [7] klausimyną. Kiekvienam atsakymui buvo suteikiamos metodikoje nurodytos reikšmės, atliekant nurodytus matematinius skaičiavimus gautas gyvenimo kokybės indeksas, kuris varijuoja nuo 0 iki 30 balų, kai 0 yra visiškai nepasitenkinimas gyvenimu ir 30 maksimalus pasitenkinimas gyvenimu. Atliktas standartizuotas [8] gyvenimo kokybės indekso skaičiavimas, ieškota korelacijų ir sąsajų tarp skirtingų pacientų grupių naudojantis SPSS Statistics 21 programa (Mann-Whitney U testas, Kruskal-Wallis, Pearson, Spearman's koreliacija).

### Rezultatai

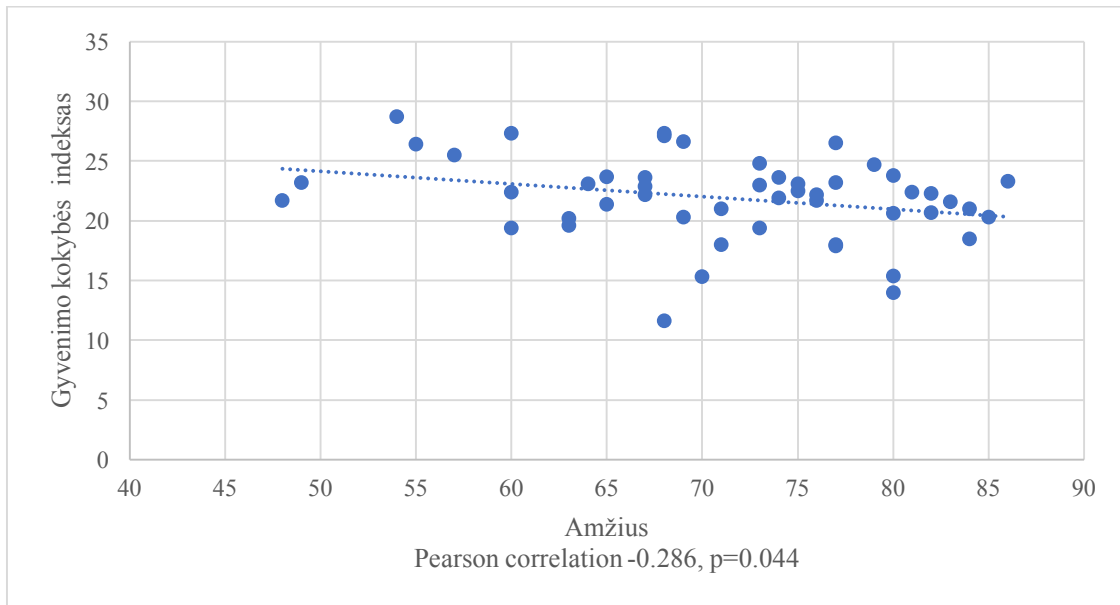
Apklausta 50 stabilios būklės tiriamųjų, besigydančių dėl pakartotino ŪIS. Vidutinis pacientų amžius 71.2 m. (+/-23 m). Apklausti 35 vyrai, kurių amžiaus vidurkis 68.5 metai (+/-20.5), ir 15 moterų, kurių amžiaus vidurkis buvo 77.5 (+/-14.5) metų. Išnagrinėjus pacientų, sergančių pakartotiniu ŪIS, gyvenimo kokybės indeksą, gauta: vidutinė reikšmė 21.9 (+/-10.3). Tikrinant Mann-Whitney U testu rasta, kad vyrų gyvenimo kokybė statistiškai reikšmingai didesnė nei moterų ( $p=0.008$ ). Vyrų gyvenimo kokybės indekso vidurkis 22.65 (+/-11.05), moterų - 20.14 (+/-6.14) (1 lentelė).

### 1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių, lytį ir gyvenimo kokybės indeksą.

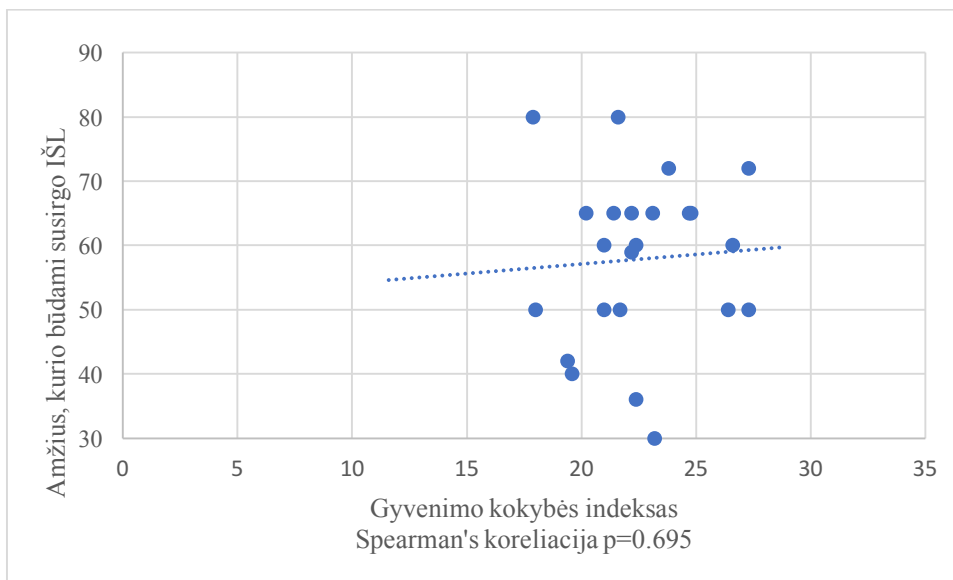
	Kiekis, n	Vidutinis amžius (metai)	Vidutinis gyvenimo kokybės indeksas
Vyrai	35	68.5(+/- 20.5)	22.65( +/- 11.05)
Moterys	15	77.5 (+/-14.5)	20.14 (+/- 6.14)
Bendrai	50	71.2 (+/-23)	21.9 (+/- 10.3)

Nustatėme, kad GKI atvirkščiai proporcingas tiriamųjų amžiui (1 paveikslas). Kuo vyresnis buvo tiriamasis, tuo mažesnę GKI turėjo (Pearson correlation -0.286,  $p=0.044$ ). Nors atvirkštinė priklausomybė mažesnė nei 0.3, vadinasi silpna, bet statistiškai reikšminga. Rasta koreliacija tarp apklaustųjų amžiaus, kai jie susirgo ir GKI (2

paveikslas). Tai reiškia, kad kuo jaunesni būdami pacientai susirgo ŪIS, tuo mažesnis GKI (Spearman's Correlation 0.086 – silpnas ryšys,  $p=0.695$ ). Nors apskaičiuotas silpnas ryšys ir be statistinio reikšmingumo, manome, kad surinkus didesnę tiriamųjų imtį, šie preliminarūs duomenys pasitvirtintų.



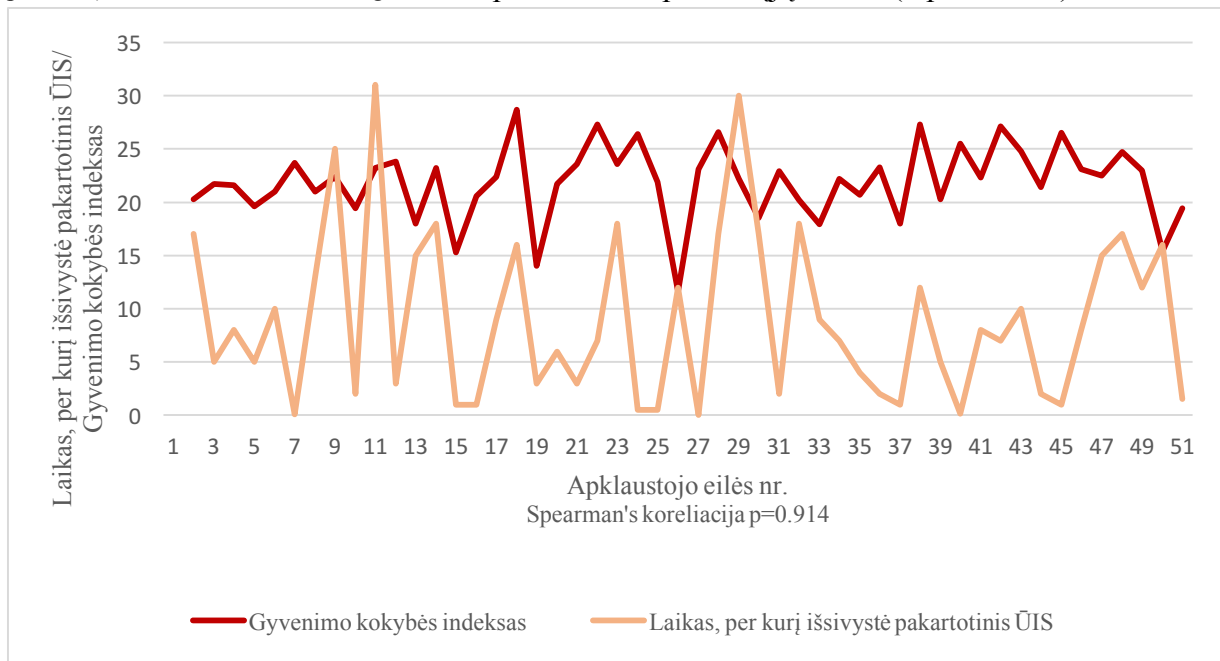
**1 paveikslas. Gyvenimo kokybės indekso priklausomybė nuo pacientų amžiaus.**



**2 paveikslas: Pirmo susirgimo ūiminiu išeminiu sindromu metu pacientų amžiaus ir gyvenimo kokybės indekso koreliacija.**

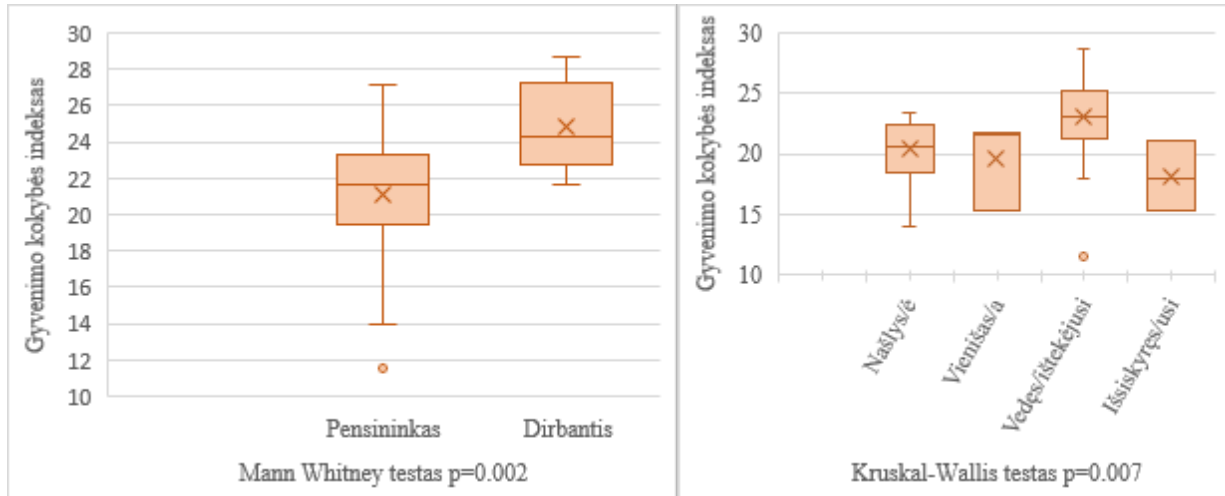
Tikrinant hipotezę, kad GKI galėtų priklausyti nuo laiko, per kurį pasikartoję ŪIS, pastebėjome, kad kuo seniau pacientui buvo ŪIS, tuo geresnė jo gyvenimo kokybė, tačiau ryšys labai silpnas (Spearman's Correlation 0.016,

$p=0.914$ ) ir statistiškai nereikšmingas dėl nepakankamo apklaustųjų kiekio (3 paveikslas).



### 3 paveikslas: Tiriamųjų pasiskirstymas pagal laiką, per kurį išsivystė pakartotinis ŪIS, ir gyvenimo kokybės indeksą.

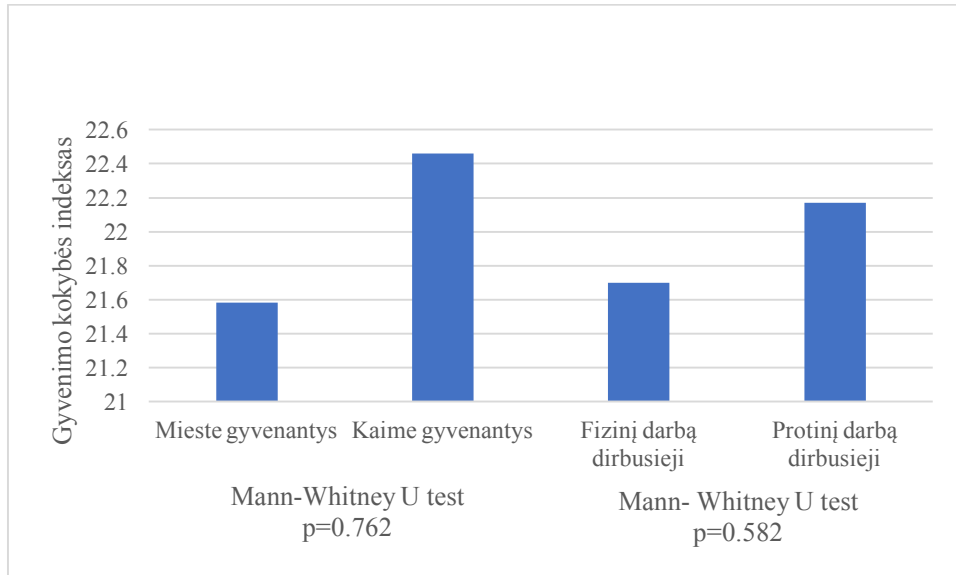
Didžioji dalis apklaustųjų buvo vedę/ištekėjusios – 66 proc., 22 proc. našliai, 6 proc. išsiskyrę ir 6 proc. vieniši. Vedusių/ištekėjusių GKI vidutiniškai buvo 22.96 (+/-11.36), išsiskyrusių 18.13 (+/-2.87), našlių 20.36 (+/-6.36) ir vienišų 19.53 (+/-4.23). Pagal Kruskal-Wallis, statistiškai reikšmingai ( $p=0.016$ ) susituokusių GKI buvo didesnis nei išsiskyrusių bei našlių ( $p=0.014$ ). Statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo tarp išsiskyrusių, vienišų ir našlių. Nors matome, kad susituokusių apklaustųjų GKI didesnis nei vienišų, statistiškai reikšmingo skirtumo patvirtinti nepavyko dėl duomenų stokos ( $p=0.075$ ) (4paveikslas).



**4 paveikslas: Tiriamųjų gyvenimo kokybės indeksas priklausomai nuo jų socialinės ir šeimyninės padėties.**

Mann-Whitney testas rodo, kad dirbančių asmenų gyvenimo kokybė statistiškai reikšmingai geresnė nei pensininkų ( $p=0.002$ ). Dirbančių asmenų GKI vidutiniškai buvo 24.85 (+/-3.85), esančių pensijoje 21.16 (+/-9.56). Statistiškai reikšmingai nesiskyrė GKI tarp dirbusių fizinį darbą ir dirbusių protinį darbą ( $p=0.582$ ) (4 paveikslas). Įdomu ir tai, kad gyvenime ilgiausiai dirbto darbo pobūdis neturėjo įtakos ne tik pacientų gyvenimo kokybei, bet ir laikui, per kurį pacientui išsivystė pakartotinis ŪIS: statistiškai reikšmingai nesiskyrė laikas, per kurį pasikartojė ŪIS, pacientų, kurie didžiąją gyvenimo dalį dirbo fizinį ir protinį darbą ( $p=0.821$ ). Tikėtina, kad taip yra todėl, kad nepriklausomai nuo seniau turėto fizinio aktyvumo, dabar mūsų apklausti pacientai nėra fiziškai aktyvūs: KMI reikšmingai nesiskyrė pacientų, didžiąją gyvenimo

dalį dirbusių protinį ir fizinį darbą ( $p=0.747$ ). Tai patvirtina ir mūsų apskaičiuoti duomenys, kad statistiškai reikšmingai nesiskyrė bendro cholesterolio ( $p=0.562$ ) kiekis ir aterogeniškumo indeksas ( $p=0.412$ ) pacientų, kurie didžiąją gyvenimo dalį dirbo fizinį ar protinį darbą (5 paveikslas).



### 5 paveikslas. Gyvenimo kokybės indeksas pagal gyvenamąją vietą ir darbo pobūdį.

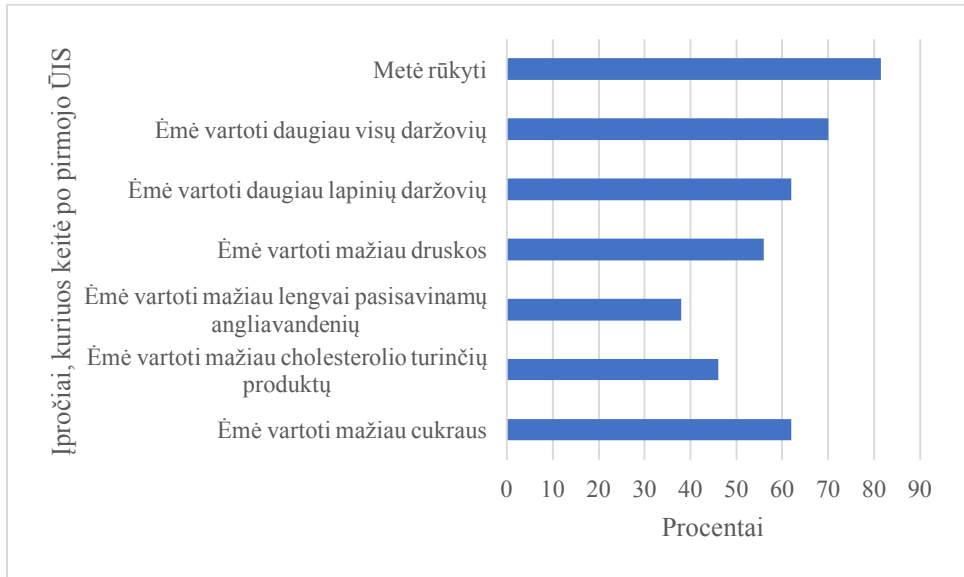
Gyvenimo kokybė nesiskiria mieste ir kaime gyvenančių žmonių ( $p=0.762$ ). Mieste gyvenančių asmenų vidutinis GKI 21.58 ( $\pm 9.98$ ), kaimo gyventojų 22.46 ( $\pm 4.84$ ) (5 paveikslas).

Vertinome ar tiriamieji keitė gyvensenos įpročius po pirmo ŪIS. Rezultatai parodė, kad 46 proc. respondentų gyvenseną keitė. GKI nekeitusių gyvensenos buvo 22.23 ( $\pm 10.63$ ), keitusių 21.46 ( $\pm 7.46$ ). Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šių grupių neradome (Mann-

Whitney U test  $p=0.214$ ). Nustatėme, kad 54 proc. apklaustųjų rūkė, o po pirmo ŪIS metė net 81.5 proc. rūkusiųjų (6 paveikslas).

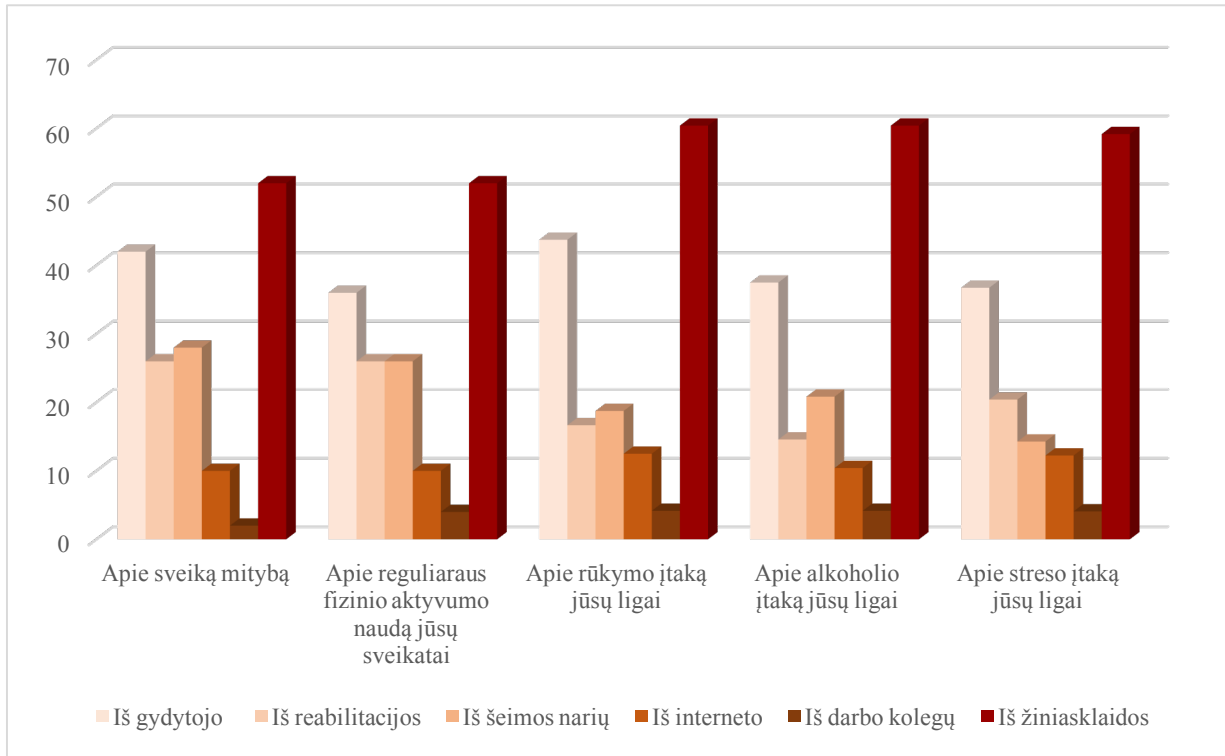
Įvertinus pacientų mitybos pokyčius po pirmo ŪIS, nustatėme, kad 62 proc. tiriamųjų pradėjo vartoti mažiau cukraus, 60 proc. mažiau gyvūlinių riebalų, 46 proc. mažiau cholesterolio turinčių produktų, 38 proc. mažiau lengvai pasisavinamų angliavandenių, 56 proc. mažiau druskos, 62 proc. pradėjo vartoti daugiau lapinių daržovių, 70 proc. daugiau visų daržovių (6 paveikslas).





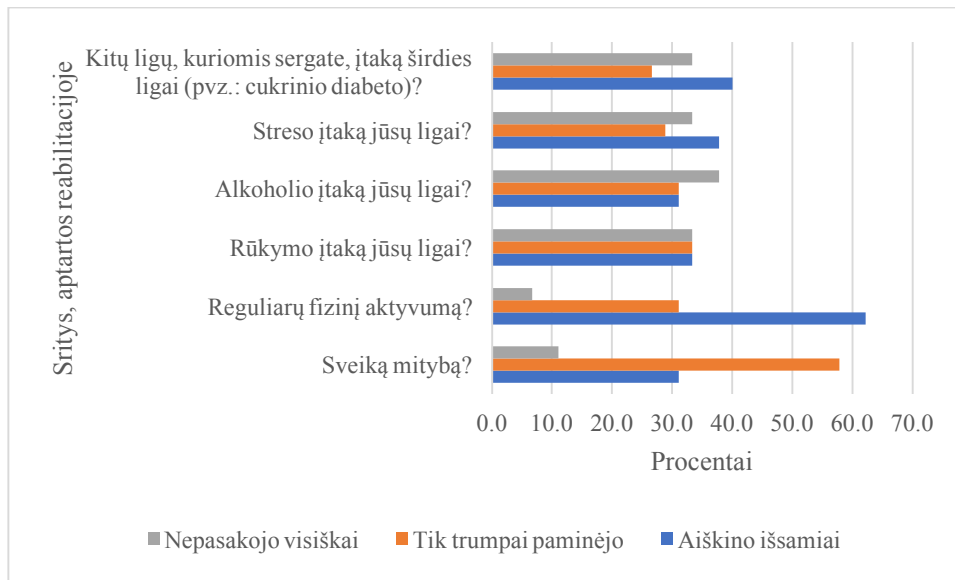
**6 paveikslas. Gyvensenos įpročiai, kuriuos pacientai keitė po pirmojo ūminio išeminio sindromo**

Taip pat mus domino, kokiais informacijos šaltiniais pacientai rėmėsi, keisdami savo gyvenimą po pirmo ūIS. Nustatėme, kad daugiausia informacijos apie sveiką mitybą ir reguliarių fizinių aktyvumą (52 proc.), apie alkoholio ir rūkymo įtaką jų širdies sveikatai (60.4 proc.) ir apie streso įtaką širdies ligoms (59.2 proc.) pacientai teigia sužinoję iš žiniasklaidos (7 paveikslas).



**7paveikslas. Informacijos šaltiniai, kuriais pacientai rėmėsi keisdami savo gyvenenos įpročius.**

Po pirmo ŪIS 45 (90 proc.) apklaustieji dalyvavo reabilitacijos programoje t.y. buvo II reabilitacijos etape sanatorijoje. Pagal pacientų atsakymus nustatėme, kad geriausiai pacientai prisiminė mokymus apie fizinį aktyvumą (išsamiai apie tai girdėję teigė net 62.2 proc. pacientų ir bent šiek tiek apie tai girdėję teigė 31.1 proc. (8 paveikslas).



### 8 paveikslas. Tiriamųjų prisiminimai apie reabilitacijoje aptartas sveikos gyvensenos temas.

#### Rezultatų aptarimas

Vilma Raškeliėnė [9] tyrė pacientų, sergančių IŠL ir pacientų turinčių didelę riziką susirgti IŠL rizikos veiksnius ir jų įtaką pacientų gyvenimo kokybei. Tiriamųjų kontingentą sudarė Kauno klinikų Kardiologijos klinikos kardiologinės ambulatorijos pacientai, atvykę į kardiologo konsultaciją (turintys didelę riziką sirgti IŠL asmenys) ir Kardiologijos klinikos pacientai (sergantys stabilią krūtinės angina). Iš viso į tyrimą buvo pakviesti 292 pacientai: 161 turintys didelę riziką sirgti ir 131 sergantys IŠL pacientai, vertinta jų gyvenimo kokybė naudojant SF 36 klausimyną. Sergančius IŠL pacientus suskirsčius pagal

amžių į dvi grupes nustatyta, kad vyresni tiriamieji reikšmingai blogiau vertino fizinio aktyvumo sritį (vyresni – 35.10 ir jaunesni – 46.57,  $p = 0.010$ ). Moterys, sergančios IŠL, reikšmingai blogiau nei IŠL sergantys vyrai vertino šių sričių gyvenimo kokybę: fizinio aktyvumo (moterys 34.47 ir vyrai 46.70,  $p = 0.006$ ), veiklos ribojimo dėl fizinių negalavimų (atitinkamai 15.43 ir 29.25,  $p = 0.042$ ), socialinių ryšių (atitinkamai 64.07 ir 72.12,  $p = 0.036$ ), veiklos ribojimo dėl emocinių sunkumų (atitinkamai 52.48 ir 88.05,  $p = 0.001$ ), ir bendrosios psichikos sveikatos (atitinkamai 47.84 ir 53.68,  $p = 0.003$ ). Gyvenimo kokybė nesiskiria tarp vienišų ir poroje gyvenančių, taip pat tarp kaimo ir miesto gyventojų ir tarp dirbančių ir nedirbančių

pacientų. Mūsų atliktame tyrime gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai nesiskyrė tarp gyvenančių mieste ir kaime, bei gavome taip pat, kad vyrai savo gyvenimo kokybę vertina geriau nei moterys. Tačiau remiantis mūsų rezultatais, pacientai, gyvenantys santuokoje gyvenimo kokybę vertina geriau, nei vieniši, bei dirbantieji vertina geriau nei nedirbantieji. Šiuos rezultatus būtų galima paaiškinti tuo, jog šeimoje gyvenantys ir darbą turintys asmenys jaučiasi reikalingi, naudingi. Taip pat rezultatų skirtumas gali būti dėl mažesnės mūsų apklaustųjų imties bei skirtingų klausimynų naudojimo. Gyvenimo kokybės indekso klausimynas yra ilgas ir išsamus, apimantis visas gyvenimo sritis, dėl to rečiau taikomas moksliniuose tyrimuose, SF 36 klausimynas yra trumpesnis, labiau vertinantis su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

H Antonakoudis su kolegomis [10] atliktame tyrime tirta kardiologinės reabilitacijos nauda pacientams patyrusiems ūminį miokardo infarktą, vertinta su sveikata susijusi gyvenimo kokybė naudojant *Velasco-Del Barrio* klausimyną. Buvo atrinkti 110 pacientų, patyrusių ūminį miokardo infarktą, suskirstyti į 3 grupes: pirma grupė, 60 pacientų, dalyvavo kardiologinės reabilitacijos programoje 3 kartus per savaitę 2 mėnesius; antroji, 40 pacientų, nedalyvavo reabilitacijoje, ir trečioji, 10 pacientų grupė buvo sveiki asmenys, kontrolinė grupė. Gauti rezultatai, kad pacientų grupės, dalyvavusios reabilitacijos programoje gyvenimo kokybės rodikliai buvo statistiškai reikšmingai aukštesni, nei grupės nedalyvavusios programoje ( $94 \pm 3$  vs  $114 \pm 3$ ,  $p < 0.001$ ). Kadangi mūsų tyrime 90proc. apklaustųjų dalyvavo reabilitacijoje, o apklaustųjų imtis 50, tai statistiškai reikšmingų duomenų, analogiškų minėtam tyrimui neturime. Vis dėlto manome, kad reabilitacijos programos yra pagrindinis būdas padėti pacientams keisti gyvenimo būdą po ūminio išeminio sindromo.

Danijos mokslininkai S. S. Mikkelsen su kolegomis [11] apklausė daugiau nei 4 tūkstančių asmenų, gimusių 1959-1961, kai jiems buvo apie 30 metų ir stebėjo išeminės širdies ligos išsivystymo riziką po 13-16 metų. Atliktame tyrime nustatė, kad prastesnę gyvenimo kokybę turėjo vieniši, žalingų įpročių turintys asmenys. Priešingai nei mūsų apklausoje, paaiškėjo, kad vyrų gyvenimo kokybė prastė nei moterų. Taip pat minėti mokslininkai nustatė, kad prastesnę gyvenimo kokybę turėję apklaustieji pasižymėjo prastesne fizine bei psichine sveikata bei prastą gyvenimo kokybę turinčios moterys turėjo 2-4 kartus didesnę riziką susirgti išemine širdies liga nei gerą ar labai gerą gyvenimo kokybę turėjusios moterys. Vyrams toks ryšys nebuvo nustatytas. Išvadose tyrėjai mini, kad prasta gyvenimo kokybė jauname amžiuje turėtų būti laikoma rizikos veiksniumi sirgti išemine širdies liga. Mes manome, kad gyvenimo kokybės indekso vertinimas yra tinkamas įrankis vertinti pacientų gydymo efektyvumą bei surinkus daugiau duomenų apie abipusį gyvenimo kokybės indekso ir sergamumo išemine širdies liga ryšį galėtų tapti rutininis pacientų, sergančių išemine širdies liga ir turėjusių ūmių išeminių sindromų, tyrimu.

## Išvados

1. Tiriamųjų sergančių pakartotiniu ŪIS, gyvenimo kokybės indeksas  $21.9 (+/-10.3)$ , rodantis gana gerą pacientų pasitenkinimą gyvenimu. Kuo vyresnis buvo tiriamasis, tuo mažesnis buvo jų gyvenimo kokybės indeksas.
2. Vyrų gyvenimo kokybės indeksas aukštesnis nei moterų, vedusių aukštesnis nei išsiskyrusių bei našlių ir dirbančių aukštesnis nei pensininkų.
3. Nustatėme, kad po pirmo ŪIS 46 proc. apklaustųjų, koregavo mitybą, atsisakė žalingų įpročių.
4. Daugiausia informacijos apie sveiką gyvenimą po ŪIS pacientai teigė sužinoję iš žiniasklaidos. Iš taikytos

reabilitacijos programos tiriamiesiems įsimintiniausios buvo su fiziniu aktyvumu susijusios veiklos.

### Literatūros sąrašas

1. Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R, et al. (2017). European Cardiovascular Disease Statistics 2017. European Heart Network, Brussels. 2017, August.
2. Rasteniene V., Lastauskienė L. Pacientų, patenkančių į rizikos veiksnių grupę, požiūris į širdies ir kraujagyslių ligas bei širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas. Sveikatos mokslai 2015, 25 tomas, Nr. 5, p. 40-44.
3. WHO Cardiovascular diseases (CVDs). *World Health Organization Media centre*. (2017 May). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
4. Milaševičiūtė V., Pukelienė V., Vilkas E.. Indeksas gyvenimo kokybei matuoti: analizė, vertinimas ir tyrimas Lietuvos atveju. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai 2006.39.
5. Servetkienė V. Gyvenimo kokybės daugiadimensis vertinimas, identifikuojant kritines sritis. *Socialiniai mokslai, ekonomika* (2013) (04 S)47-53 psl. [http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2013~D\\_20131115\\_113802-40756/DS.005.0.01.ETD](http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2013~D_20131115_113802-40756/DS.005.0.01.ETD)
6. Dempster M., Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart*. (2000) Jun;83(6):641-4. <http://heart.bmj.com/content/heartjnl/83/6/641.full.pdf>
7. Ferrans C. E. and Powers M. J. Quality of Life index. *Ferrans and Powers Quality of life index*. (1998) <https://qli.org.uic.edu/questionnaires/questionnairehome.htm>
8. Ferrans C. E. and Powers M. J. Quality of Life index. *Ferrans and Powers Quality of life index* (1998). [https://qli.org.uic.edu/questionnaires/pdf/kidneytransplant\\_versionIII/scoring%20description.PDF](https://qli.org.uic.edu/questionnaires/pdf/kidneytransplant_versionIII/scoring%20description.PDF)
9. Raškeliene V. Išeminės širdies ligos rizikos veiksnių reikšmė su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimui. *LSMU publications* (2009) <https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:1927747/1927747.pdf>
10. Antonakoudis H., Kifnidis K., Andreadis A., Fluda E., Konti Z., Papagianis N. et al. Cardiac rehabilitation effects on quality of life in patients after acute myocardial infarction. *Hippokratia*. (2006 oct-Dec) 10(4): 176–181. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464252/>
11. Mikkelsen S.S., Mortensen E.L. & Flensburg-Madsen T. A prospective cohort study of quality of life and ischemic heart disease. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014; 42: 60–66 <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494813504504?journalCode=sjpc>